



NECESSÁRIO

MÍDIA & SAÚDE

Dois diferentes encontros avaliam essa controvérsia e sensível relação

RADIS

comunicação em saúde

DESDE 1982



FIOCRUZ

Nº 67 ♦ Março de 2008

Av. Brasil, 4.036/515, Manguinhos
Rio de Janeiro, RJ ♦ 21040-361

www.ensp.fiocruz.br/radis

Impresso Especial

050202087-3/2004-DR/RJ
Fundação
Oswaldo Cruz

...CORREIOS...



Terapia comunitária

ZILMA, REZADEIRA DO PROJETO 4 VARAS, SIMBOLIZA EXPERIÊNCIA EXITOSA DO CEARÁ



Saúde mental: jornal investe contra a Reforma Psiquiátrica

O SUS na mira da mídia



A.D.

Bruno Dominguez

Em 18 de janeiro, representantes de entidades do movimento sanitário participaram de reunião na Fiocruz com o ministro José Gomes Temporão, para um balanço de sua gestão em 2007. As intervenções sobre ações específicas do governo federal na área da saúde acabaram ofuscadas por análises da atuação de outro “poder”: a mídia. Nem mesmo a extinção da CPMF foi tão discutida. Sob o impacto dos erros na cobertura dos casos de febre amarela, que disseminou pânico em vez de informação (*Radis 66*), os sanitaristas criticaram a maneira com que a imprensa trata as questões da saúde pública.

Temporão foi o primeiro a se referir ao tema, lembrando que o Brasil

vivia, naquele mês, “uma epidemia midiática”. Ele creditou aos exageros na divulgação dos casos da doença a formação de filas intermináveis até em cidades fora da área de risco de contaminação, como o Rio de Janeiro. Pessoas que não viajariam para áreas de risco, lamentou, insistiam em ser imunizadas.

A partir de 2007, a saúde pública ganhou espaço na mídia, na visão do ministro, “tanto para o bem quanto para o mal”. Para o bem, debates que estavam circunscritos ao setor — como a restrição à propaganda e à venda nas estradas de bebidas alcoólicas, a descriminalização do aborto e o licenciamento compulsório de medicamentos — finalmente ocupam manchetes e mobilizam a sociedade.

Para o mal porque determinados veículos e colonistas “atacam ideologicamente” a saúde pública. “Um colonista chegou a afirmar que o problema do SUS não é a gestão, mas o próprio SUS”, lembrou Temporão. Diretor do Departamento de Ciência e Tecnologia do Ministério da Saúde, Reinaldo Guimarães concordou: “Em 2006, só se falava em segurança e educação; o ministro conseguiu recolocar a saúde na agenda”. Segundo ele, num primeiro momento a mídia “adotou” Temporão, mas agora a conjuntura mudou.

Depoimentos de outros sanitaristas engrossaram a percepção de que a saúde continuará enfrentando resistência — por parte da imprensa e de certos setores da sociedade. A

professora Ligia Bahia disse acreditar que os ataques ao sistema público de saúde serão ainda mais sistemáticos neste 2008, devido às eleições municipais. “Precisamos resistir ao avanço da hostilidade à universalidade”, conclamou a conselheira nacional, uma das diretoras do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes).

Temporão foi além. Para ele, a quantidade de críticas da imprensa ao SUS aumentará até 2010, ano em que será eleito o sucessor de Lula na presidência. Depois da febre amarela, previram os sanitaristas, o foco se voltará para a dengue, para as filas nas portas dos hospitais. “Enquanto a crise assistencial não for superada, a mídia e os políticos se aproveitarão dela”, concluiu o professor Luiz Antônio Silva Neves, também do Cebes.

O ministro defendeu que os sanitaristas aproveitem as comemorações dos 20 anos da Constituição que consagrou a saúde como direito de todos e dever do Estado para fazer frente ao discurso privatista. Para isso, concordaram os presentes, é necessário recompor as alianças do SUS. “Precisamos reconhecer o fortalecimento das entidades de trabalhadores e trabalhar com essas parcerias”, sugeriu o pesquisador José da Rocha Carvalheiro, presidente da Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva.

Presidente do Cebes, a cientista política Sonia Fleury analisou a atuação do governo, em sua opinião nem sempre coerente no tratamento do SUS. Para ela, em momentos de crise, “quem segura” é o movimento social. Outra sugestão foi a ampliação dos espaços de discussão para além de conselhos e conferências — aliás, o ministro voltou a criticar a 13ª, dizendo-se decepcionado com a falta de resultados.

No encerramento, Temporão prometeu pensar numa estratégia mais ágil para a circulação de informações corretas sobre saúde, no dia-a-dia ou nos momentos de maior tensão. Mas, ressaltou, sem se descuidar das grandes questões nacionais: “Não consigo ser um ministro com estratégias pobres, dedicado apenas a cumprir burocracias”. □

Frases

Matérias escritas a partir de uma pauta prévia e aperfeiçoada na edição compõem uma revista. O sentido que fazem é dado pela leitura, levando-se em conta quem diz o que e os contextos da enunciação. O leitor crítico não deve abrir mão dos textos completos. Frequentemente, porém, uma única frase pode ganhar certa autonomia. Garimpando esta edição, o leitor encontra pérolas como “toda convicção é uma prisão” ou “a academia não produz conhecimento, quem produz é a sociedade, a academia sistematiza”. Noutra versão: “A academia produz conhecimento, mas a experiência da vida também”. Para saúde, comunicação e informação não faltam conceitos nas páginas seguintes, como “não existe saúde sem informação”.

No Ceará, um projeto interessantíssimo une a terapia científica à comunitária. “São duas medicinas complementares: lá, a patologia com os especialistas; aqui se trabalha o sofrimento promovendo a saúde e reduzindo os danos”. E surgem as reflexões. “Muitos hospitais e postos estão medicalizando o sofrimento, os problemas existenciais. Uma mãe ansiosa e desesperada porque o filho entrou no mundo das drogas precisa de um psicotrópico para dormir ou ser acolhida?” O entrevistado prossegue. “Quando a boca cala os órgãos falam: se essa mulher não se desengasgar hoje entra em processo depressivo, de doença mesmo. Aqui o remédio é a palavra”.

Na valorização do conhecimento popular, o saber técnico-científico

reconhece novos sujeitos como pares para lidar com a saúde. “Dona Zilma era doída de pedra, alguém disse que era curandeira também... eu disse, se a senhora sabe o que é, vai fazer, eu não sei. Ela foi, outras pessoas começaram a pedir que ela rezasse e depois não deu mais tempo de endoidar”. Aconteceu o mesmo com Dona Francisca. “...Trouxeram neoleptizada, tomava vários remédios, babando. Alguém me disse, ela é rezadeira da umbanda... Hoje é uma das nossas curandeiras.”

Sobre comercialização de milho geneticamente modificado, visões opostas. Desde “a decisão sacramental opção do atual governo pelos transgênicos e contraria o movimento socioambientalista”, até “essa decisão histórica vai colocar o Brasil entre os países mais modernos na área agrícola”. No meio, a palavra curiosa do chefe de governo: “Agora eu sou radicalmente contra e acho um retrocesso o governo fazer isso”.

Sobre desmatamento da Amazônia, uma síntese desconcertante. “O madeireiro que ocupou ilegalmente e desmatou leva alguns anos para tirar todas as espécies aproveitadas. Aí ele dá o segundo passo: abate a floresta e prepara o terreno para a pecuária. Abater significa queimar. Ou seja, os incêndios que se vêem são apenas o fim do crime. O enterro da mata.”

Rogério Lannes Rocha
Coordenador do Programa RADIS

Comunicação e Saúde

♦ O SUS na mira da mídia 2

Editorial

♦ Frases 3

Cartum

3

Cartas

4

Súmula

5

Toques da Redação

6



1ª Conferência Ibero-Americana de Comunicação da Informação em Saúde

♦ Aliança de idéias e práticas 7

Radis adverte

9

Terapia comunitária

♦ Um oásis para resgate da auto-estima 10

♦ “A nossa dor não é só nossa” 12

♦ Entrevista: Adalberto Barreto
“Aqui o remédio é a palavra” 14



Saúde mental

♦ Ataque à reforma psiquiátrica brasileira 16

Serviço

18



Pós-Tudo

♦ Como se desmata 19

CARTUM



* Personagem de *O alienista* (1882)



CARTAS

SAÚDE MENTAL NO CEARÁ

O Ceará conta com uma população de, aproximadamente, 7,5 milhões de habitantes, dos quais 28% vivem na capital, Fortaleza. Em dezembro de 2007 havia 75 Centros de Atenção Psicossocial instalados, 14 na capital. Em políticas públicas de saúde, é um estado de vanguarda desde o fim do século 19. Nasceu aqui, há mais de 100 anos, a engenharia de territorialização para melhorar atender a população. A varíola foi controlada por vacinação – antes da revolta da vacina no Rio – pela persistência de Rodolfo Teófilo. No início da década de 1990 era gestado em Icapuí, posteriormente em Quixadá, o Programa Saúde da Família pelo trabalho de Odorico Monteiro de Andrade.

Na saúde mental também mostra espírito pioneiro. Até o início dos anos 1990 as internações psiquiátricas eram realizadas exclusivamente nos hospitais de Fortaleza, Crato e Sobral. A partir de 1991 vieram os Caps de Iguatu, Canindé e Quixadá (1993), Icó

e Cascavel (1995) e Aracati (1997), pela perseverança de profissionais e intelectuais ligados à saúde mental. Havia troca de experiências constantes nas Jornadas de Saúde Mental, nos Encontros de Caps, em cursos de aperfeiçoamento e atualização: o processo que evoluía rapidamente em suas práticas e produção de conhecimento, mas lentamente na quantidade de novos serviços.

Quixadá tem 70 mil habitantes, bastante urbanizado, localizado no sertão central do Ceará, pólo comercial microrregional, e vem se destacando como centro universitário. Nas demandas de atenção psicossocial prevalecem “os mal-estares difusos, crises familiares, dificuldades sexuais e estilos de vida favoráveis ao uso de substâncias tóxicas”, segundo o sanitário Jackson Sampaio. Em 13/12/07, o Caps/Quixadá comemorou 14 anos com sua 15ª Jornada de Saúde Mental e Cidadania. Nosso serviço conta, hoje, com mais de 6 mil clientes ativos (com prontuário), referência regional em saúde mental para diversos municípios em seu entorno.

A equipe é composta por um psiquiatra, dois psicólogos, um arteterapeuta, uma enfermeira, duas terapeutas ocupacionais, uma assistente social e sete auxiliares de saúde mental, executando atividades como ambulatório de psiquiatria, psicoterapia individual e de grupo, oficinas terapêuticas, visitas domiciliares, atendimento a dependentes químicos, além de palestras, cursos e campo de estágio. Caíram de 100 para apenas 6 as transferências anuais para hospitais psiquiátricos. Há programas de tratamento de alcoolistas, controle do consumo de medicamentos benzodiazepínicos e pesquisas epidemiológicas.

♦ Julio Cesar Ischiara, psicólogo, Quixadá, CE

CONSELHO PRIORITÁRIO

Sou presidente do Conselho Municipal de Saúde da cidade de Coronel Fabriciano (MG). A revista *Radis* terá grande importância para esclarecimentos sobre saúde para nossos conselheiros. Fiz o cadastro em 22/1/08. Estamos ansiosos aguardando a concretização da inscrição. Desde já agradeço.

♦ Francisco Moreira, Coronel Fabriciano, MG

☐ *Caro Francisco, assinatura garantida. Os conselhos municipais de saúde são prioritários para o RADIS.*

RADIS É DE GRAÇA!

Qual o preço da assinatura e as formas de pagamento? Obrigada.

♦ Tatiane Souza Ribeiro, Oliveira, MG

☐ *Cara Tatiane, a revista Radis é distribuída gratuitamente a seus assinantes, integrando programa de comunicação em saúde da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp/Fiocruz). O programa RADIS completou 25 anos em 2007.*

EXPEDIENTE



Ministério
da Saúde



FIOCRUZ



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
SERGIO AROUCA
ENSP

RADIS é uma publicação impressa e online da Fundação Oswaldo Cruz, editada pelo Programa RADIS (Reunião, Análise e Difusão de Informação sobre Saúde), da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp).

Periodicidade mensal
Tiragem 60.000 exemplares
Assinatura grátis
(sujeita à ampliação do cadastro)

Presidente da Fiocruz Paulo Buss
Diretor da Ensp Antônio Ivo de Carvalho

Ouvidoria Fiocruz
Telefax (21) 3885-1762
Site www.fiocruz.br/ouvidoria

PROGRAMA RADIS
Coordenação Rogério Lannes Rocha
Subcoordenação Justa Helena Franco
Edição Marinilda Carvalho

Reportagem Katia Machado (subeditora), Adriano De Lavor, Bruno Dominguez e Karine Thames de Menezes (estágio supervisionado)

Arte Aristides Dutra (subeditor)

Documentação Jorge Ricardo Pereira, Laís Tavares e Sandra Suzano Benigno

Secretaria e Administração Onésimo Gouvêa, Fábio Renato Lucas e Cristiane de Matos Abrantes

Informática Osvaldo José Filho

Endereço

Av. Brasil, 4.036, sala 515 – Manguinhos
Rio de Janeiro / RJ • CEP 21040-361
Tel. (21) 3882-9118 • Fax (21) 3882-9119

E-mail radis@ensp.fiocruz.br

Site www.ensp.fiocruz.br/radis (a seção *Radis* na Rede é semanal; Últimas Notícias atualiza matérias da edição impressa)

Impressão Ediouro Gráfica e Editora SA

USO DA INFORMAÇÃO – O conteúdo da revista *Radis* pode ser livremente utilizado e reproduzido em qualquer meio de comunicação impresso, radiofônico, televisivo e eletrônico, desde que acompanhado dos créditos gerais e da assinatura dos jornalistas

responsáveis pelas matérias reproduzidas. Solicitamos aos veículos que reproduzirem ou citarem conteúdo de nossas publicações que enviem para o *Radis* um exemplar da publicação em que a menção ocorre, as referências da reprodução ou a URL da Web.

NORMAS PARA CORRESPONDÊNCIA

A *Radis* solicita que a correspondência dos leitores para publicação (carta, e-mail ou fax) contenha identificação completa do remetente: nome, endereço e telefone. Por questões de espaço, o texto pode ser resumido.

SÚMULA

FEBRE AMARELA SILVESTRE COM 16 ÓBITOS

Boletim da Secretaria de Vigilância em Saúde informou que até 19/2 houve 57 notificações de casos suspeitos de febre amarela silvestre (*Radis* 66): 31 foram confirmados, dos quais 16 evoluíram para óbito (taxa de letalidade de 52%); 23 casos foram descartados e três permaneciam em investigação. Os prováveis locais de infecção dos casos confirmados ocorreram em áreas silvestres de Goiás, com 61% (19 casos em 31 suspeitos), de Mato Grosso do Sul, com 19% (6), do Distrito Federal, com 13% (4) e de Mato Grosso, com 7% (2 em 31).

GOVERNO LIBERA MILHO TRANSGÊNICO

Por sete votos a quatro, o Conselho Nacional de Biossegurança (CNBS) liberou pela primeira vez no país, em 12/2, duas variedades de milho transgênico, das gigantes transnacionais Bayer e Monsanto. “Decisão sacramental opção do atual governo pelos transgênicos e contraria o movimento socioambientalista”, afirmou a Agência Carta Maior (13/2). O CNBS é formado por 11 ministérios. Votos contrários: Saúde, Desenvolvimento Agrário, Meio Ambiente e Secretaria Especial da Pesca, justamente os que lidam com o mérito da questão, lembrou o boletim de 14/2 da campanha Por um Brasil Livre de Transgênicos. A favor dos transgênicos: Casa Civil, Agricultura, Ciência e Tecnologia, Desenvolvimento, Justiça, Defesa e Relações Exteriores.

O boletim recuperou frase de sete anos atrás do presidente Lula: “Agora, eu sou radicalmente contra [a liberação dos transgênicos] e acho um retrocesso o governo fazer isso. Isso, na verdade, está acontecendo porque mais uma vez a elite política desse país se rende ao fascínio de uma multinacional”, disse o candidato Lula (julho/2001) na Caravana da Agricultura Familiar. Mas vale lembrar que recentemente (Ag. Reuters, 28/8/05) Lula foi além: “Em vez de comer soja transgênica, faz biodiesel que o carro não vai rejeitar. E a gente vai comer a soja boa”, disse, no Sul.

Do lado pró-transgênicos, o mais entusiasmado era o ministro Sérgio Rezende (Ciência e Tecnologia): “Essa decisão histórica vai colocar o Brasil entre os países mais modernos

na área agrícola”. Citou o exemplo dos Estados Unidos, que liberaram os transgênicos em 1995, e afirmou que “o milho transgênico é seguro para o consumo humano”. Outro entusiasta, o matemático Marco Antonio Raupp, presidente da SBPC, publicou artigo (*Estado de S. Paulo*, 10/2) pedindo a liberação. O texto reproduzia argumentos das empresas de biotecnologia: a oposição aos transgênicos tem raízes obscurantistas baseadas em crenças e emoções. Os pesquisadores Fábio Dal Soglio (ex-CTNBio) e Milton Krieger rebateram: Raupp é que repetiu “os argumentos de pesquisadores com conflito de interesses”.

Para a Carta Maior, “o governo brasileiro marcha na contramão” dos países que proibiram o Liberty Link e o MON810: Hungria (2006), Áustria (2007) e França (2008). Mas a Anvisa solicitou ao CNBS “a imediata suspensão da liberação do milho MON810” por avaliar que “os dados apresentados pela Monsanto não permitem concluir sobre a segurança de seu uso para consumo humano” — o ministro Temporão logo avisou que a agência só dará registro a produtos com milho transgênico na composição se comprovada sua segurança. O Ibama pediu anulação da liberação do Liberty Link pela “inexistência de estudos ambientais sobre o produto”, e alertou que “a contaminação das variedades crioulas, orgânicas e ecológicas ocorrerá inevitavelmente”.

O Brasil é “centro de diversidade genética do milho”, informa o boletim da campanha. Apenas no centro-sul do Paraná já foram identificadas 145 variedades, que geram segurança alimentar, renda e autonomia tecnológica para milhares de famílias — diversidade incompatível com o monopólio dos transgênicos. Quem vai se responsabilizar pela contaminação desse patrimônio genético e pelos prejuízos causados a esses agricultores, ou mesmo pela perda de mercado externo?, pergunta o texto. “Certamente não são os 15 ou 17 integrantes da CTNBio que *garantem* a segurança desse milho”.

DESMATAMENTO E CONTESTAÇÃO

O Instituto Nacional de Pesquisas Espaciais (Inpe, www.inpe.br) anunciou (24/1/08) que a Amazônia perdeu 7 mil km² de floresta entre agosto e dezembro de 2007. Mato Grosso sozinho

devastou 54%. O instituto alertava desde maio sobre o aumento do abate, mas contestaram os dados o ministro da Agricultura, Reinhold Stephanes, e o presidente Lula, que chamou de “parceiro” o governador Blairo Maggi (PPS-MT), “rei da soja” considerado “rei do desmatamento” (*Radis* 34). Maggi alegou que a redução da fumaça na região permitiria que os satélites detectassem derrubadas antigas, que o Inpe considerou novas. O ministro Sérgio Rezende saiu em defesa do instituto, subordinado a sua pasta: ninguém criticava os dados enquanto o desmate caía, lembrou.

O resultado da divisão na cúpula não tardou: respaldados, madeireiros de Tailândia, sudeste do Pará, insuflaram 2 mil moradores contra o Ibama, que em 18/2 tentou apreender 13 mil metros cúbicos de madeira derrubada irregularmente, objeto de R\$ 1,5 milhão em multas. A ministra Marina Silva advertiu que a madeira seria retirada, mas não permitiria um novo Eldorado dos Carajás — o massacre de trabalhadores rurais pela PM há 10 anos. “Tailândia é a prova de como madeireiros criminosos manipulam trabalhadores”, disse ao jornal *O Eco*. Em 21/2, reunida com agentes de segurança, Marina planejou ações de combate a criminosos ambientais em municípios desmatadores.

MAIS OS NA SAÚDE PAULISTANA

O prefeito Gilberto Kassab (DEM) firmou em 21/1/08 contratos de R\$ 77 milhões com a Santa Casa de Misericórdia de São Paulo, a Universidade Federal de São Paulo e a Congregação Santa Catarina para que gerenciem 87 postos de saúde, 10 AMAs (Assistência Médica Ambulatorial) e 14 serviços, como Centros de Atenção Psicossocial, que atendem 3 milhões de pessoas. As organizações sociais foram criadas por lei municipal de 2006 (*Radis* 43). Como o ex-prefeito e hoje governador José Serra (PSDB), Kassab defende as OS porque pode contratar com melhores salários, “flexibilizar” as jornadas de trabalho e comprar material com agilidade.

SICKO EM BRASÍLIA

A imprensa comentou em amplas matérias de 31/1 a exibição no Cine Brasília, na véspera, do docu-

mentário *Sicko*, de Michael Moore (*Radis* 66), promovida pelo Ministério da Saúde. As exceções foram *O Globo*, que ignorou a notícia, e o colunista Cláudio Humberto. “Rivais na desgraça – O ministro José Temporão (Saúde) promoveu o lançamento do filme *50\$ Saúde*, de Michael Moore, criticando o sistema de saúde dos EUA. Para mostrar que o SUS é um horror, mas tem rival no primeiro mundo?”, ironizou o ex-assessor de Collor.

CAMPANHA DA FRATERNIDADE MIRA NO ABORTO

A Campanha da Fraternidade 2008 da Conferência Nacional dos Bispos do Brasil, lançada em fevereiro, contra o aborto, “enquadra a Igreja Católica no espectro conservador” na interpretação do repórter César Felício (*Valor*, 14/2), “tanto pela escolha do tema, que diz respeito a direitos e deveres individuais, como pela premissa que se sobressai: a liberdade não é um princípio absoluto, diz, na matéria “O desembarque de Ratzinger no Brasil”. Segundo o autor, o papa Bento 16 (Joseph Ratzinger) escolheu a América Latina para montar frente de batalha que buscará apoio de governos e da ONU contra a onda favorável ao aborto – no ano passado, Portugal e Uruguai o legalizaram.

O texto que apresenta a Campanha da Fraternidade, informa o repórter, foi revisto sete vezes e, mesmo se terminou confuso, tem recado claro ao público interno: a igreja deixou de seguir a esquerda no Brasil. “Marcado por forte influência da militância esquerdista católica, o PT abraçou a bandeira da liberalização do aborto em seu último Congresso”, lembra. O repórter cita a ONG Católicas pelo Direito de Decidir como prova de que o monolitismo da hierarquia católica contra o aborto não desce às bases da igreja. “Ao deixar de ser caudatária de movimentos sociais e trocar o combate ao milho transgênico pela condenação ao aborto, a Campanha da Fraternidade promove um freio de arrumação.”

DURAS CRÍTICAS A MARINA

O jornalista Marcos Sá Corrêa (*Estadão*, 23/1) fez duras críticas à ministra Marina Silva, do Meio Ambiente, que é evangélica, por entrar em “rota de colisão com Charles Darwin”. No Simpósio Criacionismo e Mídia, da Igreja Adventista, defendeu programa de “educação plural” que trate o evolucionismo como apenas “mais um olhar” sobre a história natural. “Um


bom motivo para achar que o país deu sorte de não ter Marina Silva como ministra da Educação”, afirma. “No Meio Ambiente, as idéias não fazem a cabeça de bichos e plantas”.

CALIFÓRNIA PEDE DESCULPAS A GAYS

No início de janeiro, pesquisadores reunidos na Universidade da Califórnia em São Francisco anunciaram que homens homossexuais eram “muitas vezes mais vulneráveis” à contaminação por MRSA (sigla de *Staphylococcus aureus* resistente à meticilina), nova bactéria virulenta e com potencial para matar. A imprensa chegou a apelidá-la de “novo HIV”. Dois dias depois, o Centro de Controle de Doenças e Prevenção, em Atlanta, que financiou a pesquisa, afirmou que a infecção não é sexualmente transmissível nem está restrita a grupos: dá-se por contato e é disseminada em hospitais e entre profissionais da saúde.

O bairro de Castro, em São Francisco, epicentro da epidemia da aids que hoje registra casos do MRSA, viu ressurgir velho estigma: o estudo municiou grupos antigays. Em 18/1 a universidade pediu desculpas pelas informações que permitiram interpretações equivocadas. “Deploramos a associação negativa de populações específicas com infecções por MRSA.”

AUSTRÁLIA PEDE PERDÃO A ABORÍGENES

Novo primeiro-ministro australiano, o trabalhista Kevin Rudd, fez em três meses o que seu antecessor, o conservador John Howard, evitou em 11 anos: apresentou histórico pedido de perdão aos aborígenes no Parlamento (13/1) pelas injustiças da colonização. Rudd incluiu cinco vezes a palavra “perdão” no texto, mesmo alertado de que poderia causar onda de pedidos de indenizações: “Pela dor, o sofrimento e o dano a estas gerações roubadas, de seus descendentes e das famílias que deixaram para trás, pedimos perdão”. Os aborígenes são a minoria mais pobre da Austrália, com expectativa de vida 17 anos inferior à média nacional. A chamada “geração roubada” são crianças que, de 1910 a 1970, foram separadas à força das famílias e dadas em adoção sob o pretexto da integração. 


SÚMULA é produzida a partir do acompanhamento crítico do que é divulgado na mídia impressa e eletrônica.

toques da
redação



O QUE É ISSO, PRESIDENTE?! – O repórter jovenzinho aqui da redação, Inocêncio Foca, anda chateado com a reação do presidente Lula – “Não é hora de ninguém acusar ninguém” – no debate sobre o aumento do desmatamento. Como não acusar ninguém se o desmatamento disparou, e sabe-se muito bem quem desmatou? Aliás, das 36 cidades que mais desmatam na Amazônia, 23 estão na lista das que mais matam. Por exemplo, Coronel Sapucaia (MS) e Colniza (MT). Segundo os responsáveis pelo estudo, há uma situação “muito clara no arco do desmatamento”, com “ausência do poder público, propriedades ilegais e trabalho escravo”. Conclusão: passou da hora de acusar alguém...

O QUE SERÁ DE NÓS? – Já o velho Fontes Fidedignas anda preocupado. É que também anda preocupado um dos gurus da luta antiglobalização, o jornalista francês Ignacio Ramonet. Co-fundador em 2001 do Fórum Social Mundial, deu entrevista (ver www.agenciartamainor.com.br/) dizendo que os movimentos sociais, a única força organizada em escala planetária que resiste à globalização, não sabem o que fazer com essa força. “A ofensiva ideológica da globalização prossegue”, diz, mas “o movimento já não amedronta os dominadores, apenas falam dele”. Para Ramonet, “preocupa esse silêncio” e o FSM está obrigado a se perguntar: “O que será de nós?” Para aumentar a preocupação, eis uma frase do sociólogo carioca Gilson Caroni Filho, colaborador da Agência Carta Maior: “Não existe mais essa luta entre esquerda e direita, agora é a luta do bem contra o mal, muito mais violenta.” Cruzes...

DETERMINANTES SOCIAIS – Está em consulta pública de 5 a 20 deste mês o relatório final da Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde, que avalia a saúde no país e recomenda ações intersetoriais para o enfrentamento das iniquidades. Os interessados podem opinar pelo site (www.determinantes.fiocruz.br). Em abril, em data a ser marcada, o relatório será entregue ao presidente Lula e ao ministro da Saúde. 

Aliança de idéias e práticas

Quando formulou a Teoria do Conhecimento Objetivo, o filósofo da ciência Karl Popper (1902-1994) defendeu a existência de três mundos: o primeiro seria constituído pelos objetos e estados físicos; no segundo ele reuniu os estados mentais, a experiência e o conhecimento subjetivos; por fim, no terceiro – o mundo do conhecimento objetivo – estariam os “produtos” da mente humana, cuja existência não dependia de quem os criou.

O postulado de Popper, austríaco naturalizado britânico, serviu de inspiração conceitual para a organização da 1ª Conferência Ibero-Americana de Comunicação da Informação em Saúde, que reuniu em Brasília, entre 3 e 5 de dezembro de 2007, pesquisadores brasileiros e espanhóis. A teoria *popperiana* orientou a promoção do diálogo entre os “diversos mundos da saúde no Brasil”, considerando as ações compreendidas no mundo das idéias – com suas formulações e teorias –, no mundo dos registros – com documentos e informações registradas em algum suporte – e no mundo real – onde são travadas as relações e o convívio entre as redes sociais e entre os indivíduos.

A proposta da conferência também levou em consideração os espaços em que circulam as informações, dividindo-as em três eixos: o primeiro concentrou as discussões acerca da informação científica especializada, situada no âmbito acadêmico e de pesquisa; o segundo reuniu a informação para a tomada de decisão, localizada no contexto corporativo e gerencial, e o terceiro estabeleceu as relações entre informação, educação e comunicação comunitária, em que atua a sociedade civil organizada.

Na solenidade de abertura do evento, no Centro de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília, o professor Antônio Miranda, coordenador do Programa de Pós-Graduação em Ciência da Informação da universidade, destacou a importância do intercâmbio entre comunicação, informação e saúde, ressaltando que, apesar de “ser



FOTOS: ADRIANO DE LAVOR

Fabíola Nunes, Edgar Hamann e Antonio Miranda na abertura: inspirados por Popper

mais fácil conversar entre pares”, o encontro entre as três áreas de conhecimento prometia ser estimulante, em especial com a integração entre brasileiros e espanhóis.

Já Emir Suaiden, diretor do Instituto Brasileiro de Informação em Ciência e Tecnologia (Ibict), apostou nas possibilidades de parceria abertas pela conferência, uma vez que o compartilhamento de experiências seria “caminho vital para acabar com as desigualdades gritantes”. Representante da Opas/OMS no Brasil, Diego Victoria defendeu a capacidade das novas tecnologias na promoção de mudanças, levando a informação a lugares distantes e fortalecendo as redes na área de comunicação e saúde em comunidades rurais e indígenas. Ele informou que as recomendações feitas pela conferência serviriam de insumo na orientação de políticas, programas e projetos da agência na América Latina.

A diretora da Fiocruz/Brasília, Fabíola de Aguiar Nunes, ressaltou a importância da parceria entre a instituição e a UnB na produção de conhecimento, desenvolvimento científico e tecnológico e formação de recursos

humanos em saúde, lembrando que o desafio da promoção à saúde não será concretizado apenas por profissionais da área. Ela disse considerar de suma importância a aproximação dos profissionais da informação e da comunicação na construção dos determinantes sociais da saúde, a partir dos quais se conseguiria uma “mudança de comportamento” na sociedade em prol de atitudes mais saudáveis.

Maria Cristina Costa, da Secretaria de Ciência e Tecnologia e Insumos Estratégicos (SCTIE) do Ministério da Saúde, enumerou entre os desafios para a área a criação de uma coordenação ministerial de informação e documentação, a difusão da informação científica e o zelo com a memória da saúde pública. Informou, ainda, que desde 2003 a SCTIE coordena ações e traça marcos políticos e técnicos para que “o SUS se apóie em pesquisas e parcerias”. Segundo ela, só faz sentido o SUS financiar pesquisas cujo formato, mídia e linguagem sejam úteis à sociedade. “Só assim os processos de tomada de decisão serão baseados no conhecimento”.

Diretor da Faculdade de Ciências da Saúde da UnB, Francisco de Assis

Rocha Neves resumiu a preocupação dos integrantes da mesa de abertura em relação ao evento: “Informação é poder, é libertação e aprimoramento, tanto do paciente como do profissional de saúde”, afirmou. “Não existe saúde sem informação”.

INSTRUMENTO DE INCLUSÃO

Primeiro conferencista da solenidade de abertura, Miguel Ángel Marzal, do Departamento de Biblioteconomia e Documentação da Universidade Carlos III, de Madri, falou sobre inclusão digital e educação. Em sua explanação, o professor demonstrou – no contexto da “sociedade da informação” – como o uso das novas tecnologias de comunicação e de informação tem causado impactos econômicos, sociais, psicológicos e cognitivos nos indivíduos, apontando a educação como “instrumento de inclusão”.

Para Miguel Ángel, a inclusão requer, no entanto, uma adaptação do modelo escolar, o que implica a adoção de uma “alfabetização múltipla” – reunindo metalinguagem, conhecimento sistemático e adaptação do “usuário-educando” – e a inclusão de bibliotecas públicas e universitárias no processo de “alfabetização informacional”. Para o professor, é necessária a sistematização de um processo de alfabetização científica, que dê conta da dimensão social e democratizadora da ciência.

Pesquisadora da Casa de Oswaldo Cruz, Nísia Trindade Lima foi a segunda conferencista da noite. Ela estabeleceu um paralelo entre a história da saúde e a história da humanidade, destacando o papel importante da informação e da divulgação científica na realidade brasileira. Em sua apresentação, Nísia refutou a “dicotomia entre idéias e práticas sociais”, demonstrando que as idéias “adquirem objetividade, se configuram como mapas cognitivos e se materializam por meio de sua circulação em diversos meios”, sejam estes o livro ou qualquer interface das novas tecnologias.

Para a pesquisadora, a história da saúde no Brasil tem estreita relação com o imaginário social sobre o país, construído a partir da força de algumas publicações e livros. Entre estes, ela salientou a importância de *Os sertões*, de Euclides da Cunha – “um livro que inventou o Brasil” –, da memória do movimento sanitário durante a Primeira República – registrada pelo Instituto Oswaldo Cruz – e de personagens da literatura, como Jeca Tatu, criado

por Monteiro Lobato, que “encarnou” o “brasileiro doente”.

Nísia ainda apresentou algumas das primeiras incursões da divulgação científica no país, as pioneiras experiências de rádio e cinema educativos e o destaque conferido ao combate à fome – como parte de um novo diagnóstico dos males do país. Em seguida, apresentou publicações e livros que inspiraram a Reforma Sanitária brasileira, no século passado, bem como destacou a importância das publicações em congressos para a construção de uma agenda comum de ações na América Latina.

UM CERTO DESCOMPASSO

A partir dos dias seguintes, a conferência ofereceu uma série de oficinas aos participantes, para públicos diversos e com temáticas variadas. Entre os temas abordados, discutiu-se gestão participativa nos processos de comunicação e informação em saúde, preparação de revistas eletrônicas e produção de artigos científicos, a atuação das rádios comunitárias, a pesquisa e o acesso às fontes da Biblioteca Virtual em Saúde, a qualidade da informação em saúde na internet e as alternativas de comunicação para a educação popular em saúde.

Entre os participantes, gestores, profissionais e pesquisadores na área de informação, comunicação ou saúde, professores e alunos de graduação e pós-graduação, agentes comunitários de saúde, editores e lideranças corporativas. Além dos encontros, a conferência promoveu sessões dialogadas, encontros e grupos de trabalho, que possibilitaram real intercâmbio entre abordagens e olhares

diversos sobre os temas propostos: “Nós trouxemos para cá um universo de pessoas que, para nós, ainda não tinha se reunido com tamanha intensidade”, avaliou Valéria Mendonça, uma das organizadoras do evento, coordenadora da Unidade de Tecnologia da Informação e Comunicação em Saúde do Núcleo de Estudos de Saúde Pública (Nesp) da UnB.

A professora Dione Moura, também da UnB, abordou, numa das sessões dialogadas, a popularização da ciência sob o paradigma da prevenção. Ela destacou a necessidade de maior interação entre os gestores e a grande mídia no gerenciamento dos riscos na área de saúde, identificando certo descompasso na atuação das duas esferas: “A informação em

Danação da Norma – *Medicina Social e Constituição da Psiquiatria no Brasil*, de R. Machado et al (Graal, 1978); *O dilema preventivista – Contribuição para a compreensão e crítica da medicina preventiva*, de Sergio Arouca, tese de doutorado (Unicamp, 1975) depois publicada em livro (Unesp/Fiocruz, 2003); *Medicina e sociedade*, de Maria Cecília F. Donnangelo, tese de doutorado (USP, 1973) publicada em livro (Pioneira, 1975).

saúde é um direito do usuário, seja em relação aos riscos ou às práticas”, observou. “É função da mídia divulgar temas de interesse público”.

A pesquisadora alertou para que Estado e instituições privadas incluam a divulgação de informações preventivas em sua agenda, em especial quando trata de questões como qualidade de vida, riscos de contaminação, poluição ambiental e segurança alimentar. “Muitos dos danos à saúde resultam de algo que já está exposto ou de direitos que não são cumpridos”, alertou Dione, lembrando que várias questões que deveriam ser resolvidas pelos gestores de saúde acabam se tornando responsabilidade do usuário. “A mídia simplifica as ações e confere ao usuário uma responsabilidade que não é só dele”. Para isso, indicou, é importante adaptar o conteúdo do que se quer divulgar ao contexto do usuário, levando-se em consideração questões como orçamento e efetividade da informação.

Em sua apresentação, a professora Maria Cristina Guimarães, da Fiocruz, defendeu maior circulação de informações para que se alcancem as Metas do Milênio. “Sem saúde não há estratégia de crescimento”, advertiu, ressaltando a necessidade de uma visão sistêmica que inclua a comunicação como gerenciadora de fluxo das idéias. “Comunicação é encontro, é engajamento”, disse. “As novas tecnologias devem ser exploradas como possibilidades de interação, mas devem permitir que se entenda o mundo do outro”. A saída, disse Cristina, está na pesquisa aliada à inclusão social.

Docente da Universidade Federal de Santa Catarina, Clóvis Montenegro de Lima destacou que o processo de transmissão da informação “pode ser



disciplinador da sociedade”, como atestou o filósofo francês Michel Foucault (1926-1984) ao cunhar o conceito de “ortopedia social” – que seria a “definição de competências a partir de uma demarcação de desigualdades”. Em sua opinião, é difícil definir o que dizer aos meios de comunicação e prever como estas informações podem gerar uma “mudança de comportamento”.

A radialista Mara Régia Di Perna (*Radis* 44) levou ao encontro a experiência acumulada na direção do programa *Natureza Viva*, transmitido pela Rádio Nacional da Amazônia aos nove estados da região. Em participação empolgante, emoldurada por uma sonoplastia que levou a Brasília o cantar dos pássaros da floresta, Mara destacou a importância do rádio na disseminação de informações.

Segundo ela, 83,6% da população rural da Amazônia têm o rádio como principal fonte de informação. *Natureza viva*, informou, é ouvido por 84,9% dos usuários de ondas curtas pelo menos duas vezes por semana. Além disso, o programa é conhecido por 100% dos líderes comunitários da região. O segredo, para ela, está no “senso de pertencimento” que utiliza na elaboração do material que põe no ar: “Não há como abraçar uma iniciativa como esta sem sentimento”. E lembrou que é importante considerar-se a riqueza dos saberes ribeirinhos: “Na Amazônia, saúde é ar puro, terra boa e água limpa”.

Ao comentar a apresentação de Mara Régia, a professora Vânia Cristina Marcelo, da Universidade Federal de Goiás, lembrou como é difícil “falar com o coração” no mundo acadêmico, destacando que a racionalidade excessiva impede que se atinjam os objetivos de comunicação. E questionou: “Como dar voz às pessoas da comunidade?” Vânia lembrou que a academia não produz conhecimento. “Quem produz é a sociedade; a academia sistematiza”, sinalizando que o segredo pode estar na formação das pessoas que realizarão a comunicação e na adaptação de formatos às diferentes realidades.

MULTIALFABETIZAÇÃO E ARTE

O tema “alfabetização informacional” também foi abordado pela professora Aurora Cuevas Cerveró, da Universidade Complutense, de Madrid. Para ela, os setores menos privilegiados podem alcançar a saúde através da informação, lembrando que educação não se limita à transmissão de conteúdos, mas representa um

estímulo à reflexão. Ao apresentar o conceito de “multialfabetização”, destacou que “a sociedade precisa de cidadãos que saibam bem mais do que ler e escrever”.

Aurora enfatizou a necessidade de uma cultura informacional na atual sociedade de conhecimento, dado o volume de informações circulantes. Por isso, crê numa alfabetização “multimodal” – que inclui visual, auditivo, gestual, iconográfico, eletrônico e multimídia – integrada a outros saberes e ao desenvolvimento de habilidades. Para ela, este processo levará o indivíduo a trabalhar bem em equipe, a ter capacidade de se comunicar e de se organizar, a solucionar problemas, a tratar e dirigir informações.

A arte como aliada à promoção da saúde foi o tema da fala do sanitarista Ranulfo Cardoso Junior, que apresentou o projeto “Arte contra a aids”, implementado pela ONG Instituto de Saúde e Desenvolvimento Social (ISDS), entre 1997 e 2002, em Fortaleza. A partir do texto de teatro *Auto da camisinha*, de José Mapurunga – que possibilitou ações de teatro de rua em caráter preventivo –, a iniciativa foi estendida ao universo do rádio, do design e da publicidade, utilizando linguagem popular e motivando a mobilização social em prol da saúde.

A apresentação de Ranulfo chamou a atenção do professor Ronaldo Nunes Linhares, da Universidade Federal de Sergipe, que detectou um afastamento da academia das camadas populares. “Hoje, a sociedade exige dos profissionais um processo de aprendizagem mais amplo, já que se sabe que as pessoas interpretam a realidade de maneiras diversas”, disse ele, lembrando que vivemos

hoje a sociedade do espetáculo, o que exige uma adaptação na contribuição que se dá à realidade.

UM “BEM” GLOBAL

Ao analisar a dinâmica populacional das Américas, outro representante da Opas/OMS, José Gerardo Moya, identificou que os dois grupos com o crescimento mais acelerado são os adultos com mais de 60 anos, o que implica, por um lado, a desaceleração do crescimento demográfico e, por outro, o aumento na esperança de vida e a redução na mortalidade por enfermidades transmissíveis e doenças perinatais.

Para Moya, este “sucesso” está relacionado a aspectos que “transcendem fronteiras e governos e requerem ações compartilhadas entre os países para atuar sobre os determinantes da saúde”. Entre estes aspectos estariam o respeito aos direitos humanos e a visão da saúde como elemento central na segurança e desenvolvimento, o que a coloca na posição de um “bem” global.

Ele destacou como ameaças à saúde global a extensão da pobreza e da fome, os efeitos das mudanças climáticas, o crescimento e a urbanização das populações, as guerras, a violência, o narcotráfico e o terrorismo, além da difusão de novas enfermidades graças ao comércio, à migração e ao turismo. Para Gerardo, os novos desafios se concentram nas “doenças emergentes e re-emergentes e nas novas pandemias e os problemas relacionados ao estilo de vida”, como sexo inseguro, tabagismo, inatividade física, além do enfrentamento das enfermidades crônicas e ligadas à violência. Como saída, apontou para a equidade e para a inclusão dos mais vulneráveis e a atenção constante aos determinantes sociais da saúde. (A.D.L.)



TERAPIA COMUNITÁRIA



Um oásis para resgate da auto-estima



Ela sorri para a foto e pede que a câmera também enquadre seus santinhos, suas flores e os enfeites que cuidadosamente guarda em cima de uma mesinha. Solta os cabelos, arruma os diversos colares em volta do pescoço e segura, como se fossem mágicas, as quatro varas que simbolizam o projeto que a acolheu. Aos 67 anos, a vida de dona Zilma Saturnino é outra, desde que se tornou uma das cuidadoras da oca de saúde comunitária.

Ela conta que nasceu perto do Açude João Lopes, no bairro Ellery, periferia de Fortaleza. “Era doente até vir me tratar com doutor Adalberto”. Depois de um período de internamento no Hospital Psiquiátrico Mira y Lopez – de onde fugiu –, Zilma encontrou apoio no Projeto 4 Varas, onde pôde exercer a vocação para cura. “Eu era doente porque tinha o dom

Adriano De Lavor

Zilma, Cleinha e Francisca são apenas três dos muitos perfis que comprovam a resolutividade do trabalho de terapia comunitária realizado há 20 anos na Favela do Pirambu, comunidade que abriga cerca de 50 mil pessoas na periferia de Fortaleza. O responsável pela iniciativa é o psiquiatra e antropólogo Adalberto Barreto. Desde que começou a reunir as pessoas para escutar seus problemas à sombra de um cajueiro, no mesmo terreno onde agora está insta-

lado o projeto, ele defende a parceria entre o saber científico e o popular no tratamento dos transtornos mentais.

Hoje, sentado no mesmo local, ele festeja a concretização de um projeto que atende mensalmente 1.200 pessoas e enfrenta, ao mesmo tempo, a patologia e o sofrimento. “Aqui temos um posto de saúde do PSF, onde se trabalha a patologia com o médico, o enfermeiro e o dentista, e um espaço onde se trabalha o sofrimento, com a massagem, a argila com pedras mornas, o banho de ervas e a reza com curandeiros”, resume. Assim é possível aproveitar, de forma complementar, o saber dos

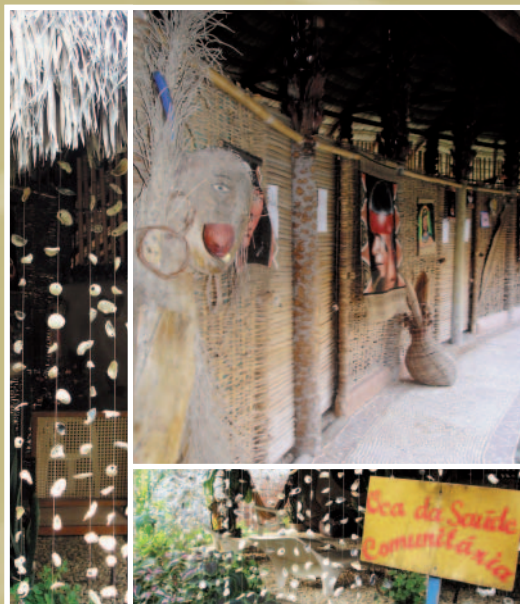
especialistas e a sabedoria popular, que enfrenta o sofrimento “promovendo a saúde e reduzindo danos”.

Desde 2006, o projeto – iniciativa com o Departamento de Saúde Comunitária e a Pró-Reitoria de Extensão da Universidade Federal do Ceará (UFC) – recebe apoio da Prefeitura Municipal de Fortaleza, que tem convênio de financiamento e apoio técnico para os serviços prestados – por exemplo, o pagamento do salário dos massoterapeutas. O apoio foi decisivo para a reforma dos equipamentos já existentes e para a construção de uma unidade básica de Saúde da Família,



e não sabia”, diz. Foi numa das sessões de terapia comunitária que ela se (re)descobriu rezadeira.

O doutor Adalberto relembra. “Dona Zilma era doida de pedra. Mas quando chegou aqui, não olhei a patologia: disseram que era curandeira. Um dia, uma pessoa passou mal, segundo ela era um ecosto. Ela foi lá, rezou e, depois que terminou, as pessoas começaram a pedir que ela rezasse aqui e ali. Não deu mais tempo de endoidar”.



que funciona em dois turnos e é monitorada por equipe que reúne médico, enfermeira, auxiliar de enfermagem, agente comunitário de saúde, dentista e auxiliar de consultório dentário.

O atendimento do posto de saúde chega aos domicílios cadastrados no entorno — cerca de 1.000 residências, segundo a Secretaria Municipal de Saúde — e presta serviços de imunização, aerossolterapia (terapia por nebulização) e prevenção de câncer do colo do útero. Adalberto destaca a parceria entre as duas instâncias: as pessoas tanto são encaminhadas da unidade de saúde às terapias complementares,

como podem ser orientadas nos serviços comunitários a procurar apoio de especialistas, quando necessário.

Além da unidade de saúde, o complexo 4 Varas conta hoje com a oca de saúde comunitária, para as massagens, os banhos e as rezas, a tenda das sessões de terapia comunitária e de resgate da auto-estima, a farmácia viva — onde são cultivadas ervas medicinais, cuja venda auxilia na autonomia financeira do projeto —, o ateliê de arte-terapia e a casa de acolhimento, onde se hospedam pesquisadores visitantes e são recebidas as pessoas que necessitam de repouso.

A massoterapeuta Cléia Rodrigues Monteiro chegou

ao projeto há nove anos, também à procura de ajuda. Relata, sorridente, à porta da sala que ocupa na oca de saúde comunitária, que sofria de depressão desde jovem e reclamava de um *entalo*. “Quando Cleinha se curou, começou a mandar pessoas pra cá”, lembra Adalberto, que identificou naquela senhora a capacidade de mobilização na comunidade. “Vi que ela tinha capilaridade, conseguia formar uma rede de suporte e de apoio social”, lembra. No início relutante, fez o curso de massagem. “Você cuida muito bem dos outros, venha aprender a cuidar melhor”, dizia Adalberto para convencê-la.

Situação semelhante viveu dona Francisca, que chegou à casa “neoleptizada, babando, inclusive impregnada”. Adalberto conta que até ela se surpreendeu pela maneira como foi recebida: “Disseram que a senhora é rezadeira. Meus remédios sozinhos não dão conta de tanto estresse e sofrimento. Vou precisar de gente como a senhora”, disse o médico. “O senhor acha que vou ficar boa?”, duvidou Francisca. “A senhora nasceu assim? Não! Não se preocupe que vou te tratar”.



Também fazem parte da estrutura física local a Casa da Memória — que dispõe de acervo de fotos, áudio e vídeos sobre a história da terapia comunitária, do projeto e da comunidade —, uma escola que atende cerca de 100 crianças carentes da favela e o grupo de teatro Zé e Maria, que reúne 30 jovens da comunidade.

Parece um oásis, encravado numa das comunidades mais violentas da capital cearense, cercado de coqueiros e outras árvores frutíferas, salpicado de verde nos canteiros com ervas medicinais e nos jardins que emolduram os prédios. As construções utilizam materiais locais,

como a madeira e a palha da carnaúba, que se harmonizam com as redes sempre armadas e os móveis feitos de concha, que balançam ao sabor do vento. A ambientação, baseada em elementos locais, cumpre a função de deixar à vontade quem ali procura tratamento: “É um espaço para acolher o sofrimento, a dor da alma”, abrevia Adalberto.



VÍNCULOS INQUEBRÁVEIS

Outros elementos também simbolizam a participação da comunidade. A estátua de um índio segurando as quatro varas que batizaram o projeto lembra que a união faz a força: enquanto as varas estiverem juntas, fortes serão; separadas, se tornam fracas e podem se quebrar. Outra referência simbólica é a teia de aranha pintada no chão da tenda onde acontecem as sessões terapêuticas: seus fios representam a fortaleza dos vínculos desenvolvidos pela comunidade naquele espaço — com a terra, com as tradições, com o conhecimento científico e entre eles mesmos.

Na visão do terapeuta, a estratégia deste ambiente familiar é mais uma diferença entre o 4 Varas e os serviços que, mesmo na melhor das intenções, acabam “medicalizando o sofrimento”. “Observamos que a maior parte das pessoas que vai aos postos de saúde quer ser acolhida e desabafar”. Ele sintetiza a proposta com um questionamento: “Uma mãe ansiosa e desesperada porque o filho entrou no mundo das drogas precisa de psicotrópico para dormir ou ser acolhida?” Ele mesmo responde: “Ela pode melhorar com uma massagem, onde possa chorar, falar, ser acolhida e compreender”. Ao mesmo tempo, Adalberto deixa claro que o trabalho não desconsidera nem desvaloriza a medicina tradicional: “O que queremos fazer aqui é medicina popular em complemento à medicina científica”, afirma. “Não estamos em competição, não brigamos pela patologia”.

Nessa via de mão dupla entre o saber científico e o popular, quem sai ganhando é a comunidade, que conquista melhor qualidade de vida e alça novos vãos. Em janeiro de 2008, um grupo de 11 pessoas acompanhou Adalberto e o secretário de Saúde de Fortaleza, Odorico Monteiro, em viagem à cidade de Grenoble, na França. Convidada pela prefeitura local, a comitiva apresentou, durante 15 dias, a experiência inovadora do Projeto 4 Varas a pesquisadores europeus. Entre eles, dona Zilma, testemunha viva de que acolhimento e escuta transformam doidos de pedra em gente que distribui acolhimento e apoio.

“A nossa dor não é só nossa”

“Este ano quero paz no meu coração... Quem quiser ter um amigo, que me dê a mão...” Saída do pequeno aparelho de som, a música dos Incríveis confere um clima de fim de ano, bem apropriado à última sessão de terapia comunitária de 2007. Enquanto as pessoas vão se acomodando, seu Zequinha, facilitador do encontro, sugere que os participantes batam palmas, no ritmo da canção. Cumprimenta um, afaga a cabeça de uma criança, acena para outro com um sorriso largo no rosto.

Gente de todas as idades está reunida no salão terapêutico do Projeto 4 Varas, como acontece em todas as tardes de quinta-feira. Esta sessão tem apelo especial para as crianças. Como última do ano, prevê apresentação teatral ao fim do encontro, com sorteio de brindes de Natal. Por isso mesmo, falta espaço nas cadeiras que circundam a teia de aranha pintada no chão — o símbolo da comunidade. Mas não há problema: os que chegam por último sentam-se na amurada que dá suporte às paredes — que, assim como teto, são feitas com palha de carnaúba.

À sombra da luz natural da tarde e embalado pelo vento característico da orla de Fortaleza, seu Zequinha, terapeuta comunitário formado pelo próprio projeto, sugere que cada um cumprimente, “com um aperto de mão e um abraço”, a pessoa que está a seu lado. “Paz para você, que veio participar”, canta ele, lembrando que aquele é um local para desabafar, compartilhar inquietações e “tudo aquilo que nos tira o sono”.

Cada um pode falar de suas dificuldades, mas não são permitidos críticas ou julgamentos, lembra: “Aqui não se dá conselho nem se faz discurso; não se fala em tese, mas sim, em dificuldades”. Em clima de descontração, cumprimenta os aniversariantes do mês e passa a palavra ao doutor Adalberto, que acaba de se acomodar numa das cadeiras, rodeado de crianças. O psiquiatra, de bermuda e sandália, avisa que é hora de escolher o tema com o qual trabalharão naquele dia. Como se faz silêncio, ele estimula o grupo com um argumento convincente. “Aquilo

que eu não digo com a boca eu vou dizer com gastrite, com depressão ou qualquer outra doença: o que a boca cala, os órgãos falam”.

Pede a palavra Sebastião, que se diz angustiado, já que a filha de 16 anos fugiu de casa “com um cara”. Ele não sabe como proceder. Quer o melhor para ela, mas não consegue perdoá-la. “Temos a fuga da filha do seu Sebastião. Mais alguém com problema?”, instiga Adalberto. Percebendo o silêncio e a impaciência de uma mulher, indaga: “A senhora quer dizer algo?”. Ela só chora e nada diz. “Como é seu nome? O que a senhora quer dizer?” Ela só abana a cabeça e diz que está “com um entalo”.

“Dona Marli tem um entalo. Alguém pode ajudar?”. Do outro lado do salão, uma vizinha de Dona Marli se apresenta e diz: “Já sofri muito com este entalo”. Doutor Adalberto pergunta se a vizinha pode falar do caso. Com a anuência de Marli, a outra diz que o problema está na gravidez da filha de 14 anos. Nesse momento, a mãe preocupada desabafa, com muitas lágrimas. Conta que o rapaz que engravidou a filha já se comprometeu em assumir a criança, “mas vive com outra”. Ela diz sentir “ódio” da filha naquele momento. “Não agüente nem olhar pra ela!”

O terapeuta acalma dona Marli e inicia o processo de votação do tema com o grupo. A ampla maioria decide ajudá-la. Adalberto relembra as regras seguidas a cada sessão. No primeiro momento, todos podem fazer perguntas a dona Marli. Na segunda fase, quem já viveu situação semelhante pode contar sua história. A partir daí, o grupo se movimenta para saber mais sobre o caso. “A menina estuda?”; “como descobriu que a filha estava grávida?”; “qual foi a reação do pai?”; “a senhora engravidou com que idade?”, indaga um menino que não aparenta mais de 10 anos.

É aí que Adalberto intervém com uma pergunta crucial. “Dona Marli, a senhora não acha que está vendo a senhora mesma na sua filha? As vezes a gente sofre por perceber no outro uma situação que aconteceu com a gente”, diz ele. Ela relata que ficou grávida muito jovem e sofreu muito,



Gente de todas as idades na sessão comunitária (ao alto). "Paz para você, que veio participar", acolhe seu Zequinha. O doutor Adalberto (ao lado) chega logo: muitas vitórias em 2007



em especial com a falta de apoio do marido. Ele tranqüiliza a mãe preocupada com bom humor: "Dona Marli, a senhora estava entalada com um espelho! Estava vendo a senhora, e não sua filha!". Ela já esboça um sorriso, quando ele orienta para o início da segunda fase da terapia.

VITÓRIAS DIVIDIDAS

Seu Sebastião, que assistia a tudo calado, apóia dona Marli, contando que sentiu o mesmo que ela; um senhor de idade comenta que ele e a mulher passaram a mesma situação com a neta, mas já se acostumaram à idéia; a jovem em frente, com uma criança no colo, conta que ficou grávida do primeiro filho aos 15 anos e sofreu tudo aquilo. "Quando minha mãe viu o neto, lindo e saudável, fez as pazes comigo. Hoje, sou feliz com meus dois filhos". A esta altura, dona Marli, bem mais calma, recebe o abraço da vizinha e declara que vai "dar tempo ao tempo". Enxuga as lágrimas, agradece a solidariedade do grupo e sorri, finalmente aliviada.

Como é a última sessão do ano, doutor Adalberto estimula as pessoas

a declararem qual foi sua maior vitória em 2007. Entre um gole e outro do chá de erva cidreira que circula em bandejas e uma mordida no bolo de milho quentinho, a palavra é dada a todos. Muitos festejam o novo emprego, a reforma da casa, uma conquista dos filhos; uma senhora se orgulha por ter recebido alta de um Caps; seu Sebastião compartilha a felicidade de ter se livrado do álcool e das drogas; dois meninos dividem as vitórias num campeonato de surf; um rapaz se alegra em contar que passou no vestibular, outro se anima ao relatar como conseguiu superar as dificuldades e hoje pode sustentar, sozinho, a mulher, o filho recém-nascido e a mãe idosa, depois de anos desempregado.

A maioria considera sua maior vitória simplesmente poder ter estado ali, durante todo o ano, dividindo angústias e preocupações. Ao fim, é doutor Adalberto quem revela suas maiores conquistas em 2007. Para ele, uma delas foi o Projeto 4 Varas ter recebido a visita de Margareth Chan. "Para vocês terem uma idéia, receber visita da diretora da OMS é como uma paróquia receber o papa", diz.

Outra vitória, segundo ele, foi a ligação do ministro Temporão informando que a terapia comunitária seria política pública de saúde em todo o país. "Não há dinheiro que pague essa conquista", disse Adalberto, sob aplausos. Encerrada a rodada de depoimentos, o grupo se põe de pé e começa a cantar, de braços dados, a melodia: "Tô balançando, mas não vou cair. Tô balançando na terapia, mas não vou cair..." Enquanto o grupo se movimenta, coeso, o terapeuta estimula: "A gente não cai porque está apoiado pelo outro. É no ombro amigo que se descobre que a nossa dor não é só nossa. Esse é o movimento da vida". Olhos emocionados diante do encontro, ele resume a proposta do projeto: "Sair da rigidez. Toda convicção é uma prisão. A terapia é pra gente tirar essas convicções".

Com um abraço coletivo, o encontro se encerra, mas ninguém sai dali. Ainda há o sorteio dos brindes que eles mesmos trouxeram, e a encenação de Natal que desde cedo deixa as crianças ansiosas. E, para o ano que começa, ficam as estrofes da mesma música que iniciou a sessão: "Sonhos que vamos ter / Como todo dia nasce novo em cada amanhecer..."

ENTREVISTA

Adalberto Barreto

“Aqui o remédio é a palavra”



O Projeto 4 Varas, um achado para a gente pobre abandonada nas comunidades — e por que não para gente rica também? — parece simples nas palavras de Adalberto de Paula Barreto. Essa simplicidade talvez venha de seu amplo currículo. Três graduações, em Medicina (UFC), Filosofia e Teologia (França e Itália), dois doutorados, em Psiquiatria pela Universidade René Descartes, a antiga Paris V, sobre “a comunicação com a família do esquizofrênico”, e em Antropologia, pela Université Lyon 2, sobre “a medicina popular no sertão do Ceará hoje”. Quem sabe venha da experiência de 20 anos em terapia comunitária, cujo primeiro pólo ele criou em 1986 com tanto êxito que já supera os 500 mil atendimentos. Mais provável que seja a combinação de academia e prática, bem ao gosto dele.

Na terapia comunitária, a medicina convencional do PSF se escora nas medicinas populares e no acolhimento ao desabafo. Antes de mais nada, todos falam, ouvem e se vêem uns nos outros — a relação do espelho de Freud. “Aqui o remédio é a palavra”, diz Adalberto nesta entrevista dada à *Radis* em dezembro na sede do 4 Varas.

Como entender o Projeto 4 Varas?

Entre patologia e sofrimento. Temos um posto de saúde do PSF e lá se trabalha a patologia, com médico, enfermeiro, dentista. Aqui se trabalha o sofrimento e a promoção da saúde, usando curandeiros e recursos disponíveis da cultura, como massagem, argila com as pedras mornas, banho de ervas e rezas. Então, são duas medicinas complementares: lá, a patologia com os especialistas; aqui se trabalha o sofrimento promovendo a saúde e reduzindo os danos.

Para que as redes?

Temos as redes armadas para as pessoas se deitarem. A casa acolhe o sofrimento, a dor da alma numa massagem, por exemplo. Observamos que a maior parte das pessoas que geralmente vão aos postos de saúde quer ser acolhida e desabafar, e muitos hospitais e postos estão medicalizando o sofrimento, os problemas existenciais. Uma mãe ansiosa

e desesperada porque o filho entrou no mundo das drogas precisa de um psicotrópico para dormir ou ser acolhida? Na massagem ela pode chorar, falar e compreender. Essa é a distinção que queremos fazer aqui, uma medicina científica e popular que aja de forma complementar. Não estão em competição, não estão brigando pela patologia.

Como funciona?

São seis massoterapeutas pagos pela prefeitura. As pessoas encaminhadas pelo SUS recebem a massagem gratuitamente. Vem gente da comunidade mandada pelos médicos do PSF, dos CAPS. Fazem 10 massagens duas ou três vezes por semana e participam da terapia comunitária, de resgate da auto-estima. É a terapia comunitária virando política pública do Ministério da Saúde. A Fiocruz vai ter um pólo formador desta metodologia.

Essa união com a medicina alternativa é o ideal para a saúde pública?

Acho que sim. Não diria medicina alternativa, porque o alternativo pressupõe a exclusão do diferente. Eu chamaria de medicinas complementares. Temos um modelo biomédico centrado na patologia, no medicamento, uma medicina muito cara. Mas existe no cotidiano muito sofrimento decorrente do estresse, da educação dos filhos, do desemprego. Este sofrimento no passado era tratado por benzedeiros, padres, pajés, havia essas instituições de escuta, de apoio. Com a modernização da sociedade, a tendência é jogarmos isso fora e medicalizarmos o sofrimento. Quando vim para a favela, dei-me conta de que a maior parte das pessoas que vinham falar comigo trazia uma dor na alma que psicotrópicos não resolveriam. Não que eu seja contra: cabem em determinados momentos. Percebi que se ficasse medicalizando os problemas existenciais acrescentaria mais sofrimento. Descobri que não podia exercer a psiquiatria do mesmo jeito do hospital, onde diagnóstico e prescrevo medicamentos. Mesmo quando podia prescrever as pessoas não podiam comprar. Essas foram algumas dificuldades.

Estar na comunidade também é um diferencial do projeto?



A.D.

A gente contextualiza melhor esse sofrimento. Quando uma pessoa diz que está com insônia, a insônia é o sofrimento e a cura é voltar a dormir. A tendência é prescrever um psicotrópico. Quando se está na comunidade e vem uma mulher chorando, com insônia ou *engasgo* porque a filha de 14 anos engravidou, essa mulher precisa de um psicotrópico, um benzodiazepínico? Ou precisa ser *desengasgada* pela própria comunidade? Quando a boca cala os órgãos falam: se essa mulher não se *desengasga* hoje entra em processo depressivo, de doença mesmo. Então, a terapia comunitária, numa proposta inicial, é criar um espaço de palavra. Aqui o remédio é a palavra. Ela é para quem fala, é para quem ouve. Na troca a comunidade cria vínculos, vai se reconhecendo no apoio. Partindo de uma situação-problema, a mãe viu que 15 pessoas já viveram isso, inclusive na situação contrária: a filha que diz, eu também engravidei com 14 anos. Ela se vê na filha, a relação do espelho de Freud. E entende que tem que ter calma, sabedoria e tolerância.

E gente que vem se tratar acaba tratando...

A Cleinha, quando veio, era também uma pessoa *entalada*. Quando se curou começou a mandar pessoas, e de tanto mandar vi que tinha capilaridade na comunidade, capacidade de formar uma rede de apoio social. Veio o curso

e a convidei. Dona Zilma era doida de pedra, alguém disse que era curandeira também. Um dia estávamos numa terapia e uma pessoa passava mal: ela disse que era um *encosto*. Então, eu disse, se a senhora sabe o que é, vai fazer, eu não sei. Ela foi, outras pessoas começaram a pedir que ela rezasse e depois não deu mais tempo de endoiar. Dona Francisca me trouxeram neoleptizada, tomava vários remédios, babando. Alguém me disse, ela é rezadeira da umbanda. Eu disse a ela, os meus remédios não dão conta de tanto sofrimento. Ela olhou para mim babando e disse: você acredita que eu vou ficar boa? A senhora não nasceu assim, vai ficar boa. Fui tirando a medicação e orientando, terapia e conversando. Hoje é uma das nossas curandeiras.

Abordagem que olha mais a saúde do que a doença...

Por isso dá certo. Nossas rezadeiras são pessoas desvalorizadas em busca de valor. O doutor não cura câncer, a minha reza cura câncer, dizia, para se valorizar. O meu trabalho tem sido dizer: a medicina de vocês não é para combater a patologia, eu cuido da promoção da saúde. Aí as duas medicinas se aproximam, se valorizam e são complementares. Cada uma é rica naquilo em que a outra é pobre. A medicina popular é rica no afeto, no acolhimento, mas é pobre no tratamento da patologia. Já a medicina científica é rica no arsenal de antibióticos e psicotrópicos, mas humanamente é uma favela existencial. Quando me aproximei dela aprendi a acolher melhor e a valorizar os recursos que se tem. Agreguei valor ao ato médico.

Explique melhor.

Desde o início a nossa pedagogia é centrada na competência, e não na carência. Vivemos num modelo de influência judaico-cristão que valoriza o que não funciona, o pecado, o negativo. Esse modelo desestabiliza o indivíduo, culpabiliza o outro. A pessoa culpabilizada se desestabiliza e busca o salvador. O modelo do salvador da pátria se baseia na carência e no negativo. A nossa imprensa só evidencia o que não funciona, o que funciona não dá notícia. A educação é a mesma coisa: seu filho faz tudo normal, ninguém diz nada, mas se faz alguma coisa errada, o sermão é deste tamanho. Ninguém quer compreender o que funciona, porque não dá status. Sempre conto uma história sobre dois índios tomando banho num rio e vêem duas crianças morrendo afogadas. Salvaram os dois, apareceram quatro, oito, 16. Um dos índios disse: você salva o que puder que eu vou ver quem está jogando esses meninos na água. O índio que ficou salvando os afogados é a nossa medicina curativa:

acha que só ela salva, tem as estatísticas, precisa de bons salários, de melhores condições etc. e tem um discurso crítico desvalorizador de quem vai fazer a prevenção e a promoção da saúde, que considera "turista", "sonhador".

A medicina popular...

Nossa luta é dizer: você que está salvando o outro, teu trabalho é tão importante quanto o de quem está fazendo a prevenção e a promoção da vida. Aí, no ano passado veio o estudo de impacto da terapia comunitária: 2 mil questionários em dois estados, 88% dos problemas resolvidos *in loco*, apenas 11,5% encaminhados aos postos de saúde.

Ela já existe em todo país?

Hoje, sim. Já treinei 11 mil terapeutas comunitários, temos 30 pólos formadores no Brasil — a Fiocruz será o 31º. Já foi criada a Associação Brasileira de Terapia Comunitária (www.abrapecom.org.br). O impacto foi esse: apenas 11,5% dos problemas encaminhados aos postos. Multiplique isso por milhares... Há um enxugamento nos postos de saúde, ou seja, o índio — ou o médico — que salva os que estão morrendo continua salvando, respira melhor. Então, nossa idéia é complementar o cuidado. Nós na promoção também tendemos a ridicularizar e menosprezar o trabalho da medicina científica, mas precisamos tanto dela como ela da nossa.

A expectativa de trabalho do PSF...

Exatamente. A academia produz conhecimento, mas a experiência de vida também. Tenho observado: damos melhor o que não recebemos, ensinamos melhor o que precisamos aprender. As que não foram amadas e foram rejeitadas estão acolhendo, as que foram violentadas estão dando massagem, acolhendo a dor do outro. Até hoje uso a metáfora: a ostra que não foi ferida não produz pérola. A pérola é resposta a uma agressão. Toda família está ferida. As vitórias do ano são: meu marido deixou de beber, comprei minha casa, arranjei emprego. Se as pessoas arranjam emprego ficam mais autônomas, conquistam as coisas. Nós intervimos nos determinantes sociais da saúde, evitamos que essa pessoa vire cardiopata, diabética, e daqui a 15, 20 anos precise de tratamento caríssimo. Nosso trabalho é intervir nos determinantes sociais usando os recursos da comunidade, a argila, as mãos, a música e a sabedoria produzidas pelas carências de vida. Eles faziam isso no anonimato, sem reconhecimento. Minha função é oficializar esse poder.

Que conselho dar a quem está se formando em terapia comunitária ou

se interessou e não sabe por onde começar?

O curso se faz para acabar com a mania de querer curar o povo. Temos duas fontes geradoras de competência, a academia e a experiência de vida. O saber da academia nos dá identidade profissional como médico, dentista e enfermeiro, o salário financeiro, o saber pela competência. No sofrimento temos ainda o salário afetivo: não é preciso ser médico, enfermeiro, não precisa ter faculdade para exercer a terapia comunitária; não precisa ser psicólogo porque não vai fazer análise, não precisa ser médico porque não vai prescrever remédio. Precisa ter engajamento com a comunidade, uma ação cidadã que transcenda classe social, profissões. Cuidando do outro, curo a mim mesmo.



Como é a capacitação?

São quatro módulos em quatro dias em regime de internato, com intervalo de dois meses, ao longo de um ano. As pessoas vão aprendendo as técnicas de como garimpar a pérola das feridas da vida. Começam por um trabalho pessoal. Como será um trabalho de acolher o outro e escutar, tem que aprender a valorizar e a escutar. É muito prazeroso, porque além do salário financeiro há o salário afetivo. Partimos do pressuposto de que a primeira escola é a família, e o primeiro mestre, a criança que fomos. Com a minha criança aprendi muita coisa. Numa família em que os pais se disputam de forma injusta, a criança que observa se torna mediadora. Sempre atribuímos competência a um livro que lemos, a um curso, jamais ao que vivenciamos. Na terapia comunitária, fazemos a pessoa perceber que a competência dela se inscreve em sua história de vida. Com mulheres injustiçadas pelos maridos descobre-se que em casa a mãe vivera esta situação. Compreender isso dá empoderamento, capacidade para um trabalho genial. O seu Zequinha fala errado, mas quando não estou dirige toda a terapia. Como ele entendeu o espírito, ele faz.

Sem ser médico nem enfermeiro...

Diria que para ser terapeuta comunitário tem-se que gostar de trabalhar com comunidade, tem que aceitar fazer um trabalho sobre si mesmo para desconstruir os modelos mentais que nos foram construídos. Não precisa ser médico nem enfermeiro. Se for, agrega valor. Vai descobrir que não é o salvador nem o bombeiro da pátria: vamos encontrar soluções partilhadas. A pessoa tem o problema, nós temos problemas e a solução vem da partilha. (A.D.L.)

SAÚDE MENTAL



Versão em quadrinhos do conto *O alienista*, em que Machado de Assis critica o sistema de confinamento psiquiátrico — 126 anos depois, o modelo ainda não foi totalmente suplantado

Ataque à reforma psiquiátrica brasileira

Katia Machado

A mortalidade em hospitais psiquiátricos vem caindo sistematicamente entre 2001 e 2006: 1.407 óbitos em 2001; 1.257 em 2006, 938 até setembro de 2007. “Sem hospícios, morrem mais doentes mentais”, no entanto, foi a manchete de reportagem do jornal *O Globo*, em dezembro de 2007, com duras críticas à política de saúde mental. Segundo a matéria, o número de mortes de doentes mentais e comportamentais cresceu 41% nos últimos cinco anos, e um quarto dos leitos psiquiátricos foi fechado sem serviços substitutivos.

Pedro Gabriel Delgado, coordenador da área de Saúde Mental do Ministério da Saúde, em entrevista à *Radis*,

desmente: “A afirmação do jornal é inconsistente”. A matéria não considerou o aprimoramento do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) na captação de dados. O que ocorreu foi um aumento da mortalidade, no mesmo período, em quase todas as categorias diagnósticas, segundo estudo preliminar da Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde. Por exemplo, “doenças do aparelho geniturinário” e “doenças neurológicas” tiveram incremento semelhante ao do grupo “transtornos mentais e comportamentais”, e não houve redução de leitos ou mudança de modelo de atenção. Ao mesmo tempo, houve grande redução de óbitos por causas mal definidas (entre 2001 e 2005, menos 31.311 mortes, ou 23,9%). “Não há aumento real da mortalidade em 41%, mas melhoria na captação dos dados”,

afirma. “Não é possível fazer uma relação direta, linear e apressada do aumento do risco de morte por transtornos mentais e diminuição de leitos psiquiátricos”. Apesar disso, Pedro Gabriel acredita que são necessários novos estudos, inclusive qualitativos, para melhor apropriação de todos os dados disponíveis.

Foi também falsa, para o coordenador, a afirmação sobre a redução de leitos. Entre 2002 e 2006, informa, foram reduzidos 11.826 leitos em hospitais psiquiátricos convencionais (de 51.393 para 39.567). Ao mesmo tempo, as residências terapêuticas passaram de 85 para 475 (cinco vezes mais) e os Centros de Atenção Psicossocial (Caps), de 424 para 1.011 (2,5 vezes mais). A força de trabalho (profissionais de nível superior e médio) diretamente empregada nos centros

subiu de cerca de 9 mil para 21 mil. Os gastos extra-hospitalares (sem contar a atenção básica) passaram de R\$ 153,8 milhões para R\$ 462,4 milhões por ano. “A análise desses quatro anos, portanto, mostra o contrário: um grande investimento nos serviços substitutivos e uma redução planejada dos leitos”.

Em 2007, o ritmo de redução de leitos foi menor, reconhece, mas a expansão da rede extra-hospitalar se manteve na mesma intensidade. “Não há razão para pleitear o retorno ao modelo hospitalocêntrico”, protesta. “A agenda é a consolidação da rede substitutiva”.

A rede pública de saúde mental trabalha com um conceito mais eficaz de cobertura assistencial, ou seja, “leitos de atenção integral em saúde mental”. Aqui, estão incluídos os leitos dos Caps 3 (24 horas), Caps-AD (assistência a pacientes com transtornos decorrentes de uso e dependência de álcool e drogas), hospitais e prontos-socorros gerais. “Portanto, a análise da necessidade de leito não deve prender-se apenas ao leito psiquiátrico convencional”, faz ele ressalva fundamental.

Um parâmetro que tem se mostrado adequado para os municípios que implantaram rede extra-hospitalar efetiva é de 1 leito para 10 mil habitantes. “Campinas, com 1 milhão de habitantes, tem excelente rede territorial, propiciando adequada cobertura com apenas 80 leitos”, exemplifica. Pedro Gabriel acredita que têm pior desempenho justamente cidades que contam com elevado número de leitos convencionais, não dispendo de Caps 24 horas, atenção básica adequada e regulação competente da porta de entrada. Entre os 14 municípios com mais de 1 milhão de habitantes, São Paulo, Rio, Salvador, Recife e Porto Alegre apresentam pior acessibilidade ao tratamento.

Por isso, discorda do representante do Sindicato dos Médicos de Porto Alegre, que disse ao jornal que “loucura é a falta de leitos psiquiátricos”. Segundo Pedro Gabriel, Porto Alegre não tem boa rede extra-hospitalar, “o que fornece munição à campanha do sindicato contra a Reforma Psiquiátrica”, observa. A primeira lei da reforma no RS data de 1991, e essa “pelea” gaúcha vem desde lá, com forte conotação ideológica. “O estado como um todo, porém, tem excelente cobertura de Caps e ambulatoriais”.

Em sua análise, as entidades ouvidas na reportagem — Associação

Brasileira de Psiquiatria (ABP), Federação Brasileira de Hospitais, Associação de Familiares de Doentes Mentais e Sindicato dos Médicos de Porto Alegre — são críticos históricos da Reforma Psiquiátrica e da desospitalização em saúde mental do SUS, instituída pela Lei nº 10.216, de 2001, após 12 anos de debates. “A reforma traz angústias novas aos profissionais e isso acaba servindo de fermento para a insatisfação do segmento dos psiquiatras, especialmente manifestada em alguns contextos mais beligerantes”, avalia Pedro Gabriel. Sem falar na discordância explícita dos hospitais psiquiátricos privados com o componente de redução de leitos.

Baseada majoritariamente na experiência de São Paulo, a reportagem indicava o fracasso da experiência antimanicomial — que o jornal atribui a movimento da “esquerda mundial”, e não de humanistas avalizados pela OMS desde 1973. Indignados, profissionais e ativistas do setor lançaram manifesto de repúdio. Ainda pior foi a matéria afirmando que “o governo não quer saber de quem ouve vozes”, sobre um paciente que apenas recebe cartelas de medicamentos num Caps. “Nós, profissionais que lutamos por um atendimento mais humano, apenas damos remédio ao paciente e o mandamos de volta para a rua?”, indigna-se Pedro Gabriel. “Convenhamos, isso é desvalorizar a reforma de quem nela milita”.

EM TRANSIÇÃO


Na matéria, a ABP prega a mudança do modelo de atenção. Pois a rede pública de saúde mental, desde 2002, avança na transição do modelo. “Experiências antes localizadas de atenção comunitária estenderam-se a todo o país”, lembra Pedro. A rede de 1.153 Caps cobre 49% da população e os hospitais psiquiátricos vêm sendo reconfigurados em número e tamanho, com metade dos leitos em hospitais de pequeno porte (até 160 leitos). Há ainda 487 Serviços Residenciais Terapêuticos e cerca de 2.600 beneficiários do programa *De Volta para Casa*, destinado a egressos de longas internações.

O financiamento das ações também mudou. Se na década de 1990 os hospitais psiquiátricos recebiam 90% dos recursos, hoje levam pouco menos da metade: o restante é aplicado em ações de atenção comunitária. “Estamos num momento de consolidação de nova rede de atenção psicossocial e de nova clínica, promotora de autonomia e fundada na garantia dos direitos dos usuários dos serviços”, resume.

Pedro Gabriel não nega que haja problemas a superar, como o número ainda elevado de pacientes moradores de hospitais psiquiátricos e problemas novos associados às profundas desigualdades sociais e à crise urbana. “Temos que equacionar o atendimento de urgência e emergência nas grandes cidades, ainda muito falho em muitas regiões metropolitanas”. Segundo ele, não faltam hospitais psiquiátricos, mas sim regulação e leitos em hospitais gerais, além de Caps 3 nas grandes cidades, que prestam assistência à população acima de 200 mil habitantes e funcionam por 24 horas. Outro desafio: avançar em direção à atenção básica. A articulação da saúde mental com a atenção básica será facilitada em 2008 pela criação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (Nasf), unidades para abordagem, também, dos transtornos mentais graves, dissolvendo a noção de que atenção primária em saúde mental atenderia apenas a eventos menores. “Para isso, é preciso capacitar adequadamente esses novos agentes da ampliação do acesso e estabelecer mecanismos eficazes de supervisão e monitoramento”.

PARA A ELITE

Para o psicólogo e cientista político Eduardo Mourão Vasconcelos, professor da Escola de Serviço Social da UFRJ, a política de saúde mental avança na direção correta. “Realiza a Reforma Psiquiátrica de forma ética, responsável e gradual, substituindo leitos fechados, principalmente em grandes asilos, por Caps na comunidade”, avalia em e-mail à *Radis*. Há algumas limitações e problemas secundários, como o número ainda insuficiente de Caps, de serviços emergenciais e ambulatoriais, mas a direção é adequada. “Esse percurso é reconhecido pela OMS”.

Para ele, trata-se do corporativismo “querendo retomar o velho espaço de poder no campo da saúde, como no projeto de lei do Ato Médico”, lembra. Além disso, na psiquiatria e na neurologia ampliaram-se os recursos técnicos de diagnóstico e farmacologia, de alto custo, “que recuperam um certo tipo de prestígio mais convencional” da medicina no campo mental. “Contudo, só a elite pode comprá-los e, em muitos aspectos, são incompatíveis com a atenção psicossocial interdisciplinar, de longa duração, pública, para todos e que vise a inserção na comunidade e na cidade”. 

SERVIÇO

EVENTOS

1ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE GAYS, LÉSBICAS, BISSEXUAIS, TRAVESTIS E TRANSEXUAIS (GLBT)

Direitos humanos e políticas públicas – O caminho para garantir a cidadania de gays, lésbicas, bissexuais, travestis e transexuais é o tema da 1ª Conferência Nacional de GLBT, cujo objetivo é propor diretrizes para a implementação de políticas públicas e o plano nacional de promoção da cidadania e direitos humanos de gays, lésbicas, bissexuais, travestis e transexuais, além de avaliar e propor estratégias de fortalecimento do programa Brasil Sem Homofobia, lançado em 2004. Uma comissão composta por 16 ministérios, pela Frente Parlamentar pela Cidadania GLBT e 18 representantes dos movimentos GLBT tem a tarefa de organizar e elaborar o regimento interno da conferência e orientar as etapas estaduais.

Data 9 a 11 de maio
Local Brasília, DF

Mais informações

Tel. (61) 3429-3475/3429-3671
Site www.presidencia.gov.br/sedh

7º CONGRESSO BRASILEIRO DE PREVENÇÃO DAS DST E AIDS**M**unicípio-mundo é

o tema da sétima edição do evento, promovido pelo Ministério da Saúde, o governo de Santa Catarina e a Prefeitura de Florianópolis. Seu objetivo é explorar o global e o local na formulação de respostas à epidemia de aids e outras DST. Três eixos temáticos orientam a programação do congresso: O município como território das práticas de saúde; Cenário global, respostas locais; e Práticas de prevenção: refletir, agir, inovar. O prazo para envio de trabalhos se encerra no dia 10 de março.

Data 25 a 28 de junho
Local Centro de Convenções de Florianópolis, Florianópolis, SC

Mais informações

Site sistemas.aids.gov.br/congresso-prevencao/2008
E-mail congressoprev2008@aims.gov.br
Programa Nacional de DST e Aids
Tel. (61) 3448-8100/8088
Fax (61) 3448-8090

7º CONGRESSO BRASILEIRO DE EPIDEMIOLOGIA E 18º CONGRESSO MUNDIAL DE EPIDEMIOLOGIA

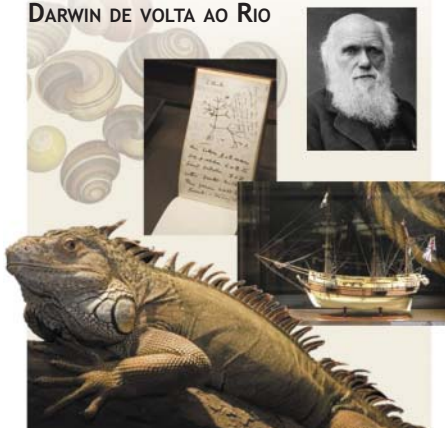
Estão abertas as inscrições para o EPI2008, organizado pela Abrasco em torno de quatro grandes eixos: Construção, Saúde para todos, Métodos e Mundo em transformação. Paralelamente transcorrerá a 18ª edição do Congresso Mundial de Epidemiologia.

Data 20 a 24 de setembro
Local Centro de Eventos Fiergs, Porto Alegre, RS

Mais informações

Tel. (21) 2598- 2527
Tel/Fax. (21) 2560-8699
E-mail contato@epi2008.com.br
Site www.epi2008.com

EXPOSIÇÃO

DARWIN DE VOLTA AO RIO

Chegou ao Rio de Janeiro a exposição mundial sobre o naturalista Charles Darwin, que visitou a cidade há 175 anos, em 1932. Em São Paulo,

onde esteve no ano passado, a mostra atraiu ao Masp quase 180 mil visitantes. Organizada em 2005 pelo Museu de História Natural, de Nova York, a exposição passou pelos EUA e pelo Canadá e chegará à Inglaterra em 2009, para o bicentenário do cientista e os 150 anos de publicação de sua obra mais importante, *A origem das espécies*.

Data Até 20 de abril
Local Museu Histórico Nacional, Praça Marechal Âncora, s/nº (perto da Praça 15), Rio de Janeiro, RJ

Mais informações


Tel. (21) 2550-9220 / 2550-9224 / 4062-0089 (grupos)
E-mail mhn02@visualnet.com.br
Site www.darwinbrasil.com.br

PUBLICAÇÕES

GENÉTICA EM BALANÇO

Novas tecnologias da genética humana: Avanços e Impactos na Saúde

reúne 30 textos sobre os avanços e os impactos das novas tecnologias em genoma humano, em particular, células-tronco, terapia gênica, farmacogenética e nanobiotecnologia. Organizado no Projeto Ghente (Estudos sociais, éticos e jurídicos sobre genomas em saúde), da Fiocruz, pela socióloga Maria Celeste Emerick, pela jornalista Karla Bernardo Montenegro e pelo químico Wim Degraeve, é resultado dos seminários "Células-tronco: Possibilidades, riscos e limites no campo das terapias no Brasil", de maio de 2006, e "Novas tecnologias da genética humana: Avanços e impactos para a saúde", de março de 2007, além de textos de convidados.

A distribuição será gratuita para bibliotecas, setores do Congresso, ministérios da Saúde e da Ciência & Tecnologia e imprensa. Os capítulos do livro estão disponíveis para *download* no site do Projeto (www.ghente.org). 

Mais informações

Tel. (21) 3885-1721 e (21) 9647-3265



PÓS-TUDO

Como se desmata

Miriam Leitão*

Tudo dia, 3.500 caminhões circulam na Amazônia com madeira ilegal. Mais de 2.500 levam toras para as serrarias; pelo menos 900 grandes caminhões saem com madeira serrada para os consumidores em outros estados, principalmente para São Paulo. Nada é secreto, tudo se sabe. As áreas desmatadas viram campo onde já pastam 80 milhões de cabeças.

Tudo se sabe. A notícia que provocou ontem [24/1] reunião de emergência no Planalto já se sabia. Quando o presidente Lula esteve na ONU comemorando a queda do desmatamento, em setembro, o governo já sabia que a destruição da floresta tinha voltado a subir. Desde maio do ano passado, a comparação com o mesmo mês do ano anterior mostrava aumento. Em agosto, acendeu a luz amarela, e o governo foi informado.

Agora, o que acendeu foi a luz vermelha.

Adalberto Veríssimo, do Imazon, explica que o ano fiscal do desmatamento vai de agosto a julho. Por isso, esse aumento não entrou no dado de 2007.

— Em agosto, já estava bem superior, e dissemos isso. O governo não acreditou. O desmatamento tem sazonalidade.

Vai de maio a outubro. Novembro e abril são residuais. A entressafra é de dezembro a março. No último dezembro, não parou. Veríssimo acha que pode ser pela demanda para o aquecido setor de construção, ou a expectativa de mais pastos para a pecuária, que ocupa 78% de toda a área desmatada ilegalmente na Amazônia.

— A margem de lucro da atividade de madeireira é tão grande, de 80% a 100%, porque normalmente ocupam terra pública, não gastam com terra,

podem investir em infra-estrutura, como estradas, para retirar a madeira. Primeiro, cortam-se as árvores mais valiosas: cedro, ipê, freijó. Depois, na segunda onda, maçaranduba, angelim, jatobá. Por fim, jarana, taxi. São entregues aos mais variados mercados consumidores.

Às vezes, elas andam por aí com nome trocado. As castanheiras, por exemplo, têm o codinome de cedrinho. O que é retirado legalmente, com selo de manejo sustentável, vai para exportação. Mas até a exportação tem madeira ilegal. O Brasil é o segundo maior exportador de madeira tropical do mundo. Depois da Indonésia, que, em breve, não terá mais floresta. Cerca de 66% da madeira tropical tirada da Amazônia ficam no Brasil. Quase tudo ilegal. O caminho até o consumidor final é assim:

— Se a conta for feita com os 365 dias do ano, são 900 os caminhões grandes todo dia com madeira serrada que vão para Sul, Sudeste ou Nordeste. Primeiro, vão para os grandes armazéns de venda de madeira a varejo. Num levantamento que fizemos, encontramos dois mil depósitos desses só no estado de São Paulo. Da madeira retirada da Amazônia, 20% vão para São Paulo. Uma grande parte vai diretamente para as grandes empresas de construção. Madeira tropical usada em telhado, por exemplo, dura 300 anos. Antigamente era usada a da Mata Atlântica. Com o boom da construção, prevejo um aquecimento forte. Outra parte vai para a indústria de móveis, mas hoje essa indústria está trocando madeira tropical por madeira plantada — diz Beto Veríssimo.

O madeireiro que ocupou ilegalmente e desmatou leva alguns anos para tirar todas as espécies aproveitadas. Aí ele dá o segundo passo: abate a floresta e prepara o terreno para a pecuária. Abater significa queimar. Ou seja, os incêndios que se vêem são apenas o fim do crime. O enterro da mata.

Depois entra o gado e, nas áreas com menos chuvas e bom escoamento, a soja. E o madeireiro vai mais fundo na floresta para outra área de destruição. Ou vira pecuarista. Depois, consegue ou forja documentos da área e vende a outro pecuarista. Esse, supostamente legal, é que se senta na mesa com os ministros. Mas, se for feito um rastreamento, se verá que a fazenda está em área recentemente desmatada e recentemente roubada do setor público. Hoje, velhos pecuaristas estão indo mais fundo, e deixando as terras a grandes grupos com ares de empreendedores.


Quando o ministro Reinhold Stephanes diz que não é a agropecuária a responsável pelo desmatamento, ele demonstra não entender — ou fingir não entender — a dinâmica da destruição da floresta. A cana, por exemplo, ocupa as áreas melhores do Sudeste e do Centro-Oeste e empurra o gado mais para a Amazônia.

Tudo se sabe na Amazônia.

Já se sabe a floresta que está marcada para morrer.

— Ninguém decide desmatar de uma hora para a outra. É uma morte anunciada. A gente sabe para onde eles estão indo. É nos municípios onde mais se desmata — São Félix do Xingu, Conceição do Araguaia, Marabá, Rendeção, Cumaru do Norte, Ourilândia, Palestina do Pará — que se encontra o cinturão da carne — comenta Beto.

— São Félix do Xingu é um caso muito interessante: a cidade é uma das maiores criadoras de gado, é recordista em desmatamento acumulado e uma das recordistas em ação de trabalho escravo — diz Leonardo Sakamoto, da ONG Repórter Brasil. Ele registra que 62% dos casos de trabalho escravo acontecem nas fazendas de pecuária.

Tudo de sabe. Inclusive como combater os crimes. Beto Veríssimo acha que o caminho é cortar todos os muitos incentivos econômicos que existem hoje no Brasil para se destruir, impunemente, a maior floresta tropical da Terra. 

* Jornalista; coluna publicada em O Globo (24/1)

II Fórum Internacional de Saúde Coletiva, Saúde Mental e Direitos Humanos

II Foro Internacional de Salud Colectiva, Salud Mental y Derechos Humanos

De 22 a 25 de Maio de 2008

UERJ - Universidade do Estado do Rio de Janeiro



Informações / Informaciones: smah@fiocruz.br

Realização : www.ensp.fiocruz.br

Movimento
Nacional
da Luta
Antimanicomial



Apio : www.ensp.fiocruz.br
 GT de Saúde Mental / ABRASCO
 Gdhis / FIOCRUZ - UERJ - Capsi / UERJ
 Labore / UERJ - IFCS / UFRJ - Centro de Teatro do Oprimido
 APACOJUM - Clio-Psiché - Espaço Antonin Artaud
 Crefito 2 - CRP / RJ
Secretaria e administração : LAPS / ENSP / FIOCRUZ
 Contato: (21) 3882-9105 / Fax: (21) 3882-9107